

La nueva fiscalidad de los seguros sanitarios privados y el Sistema Nacional de Salud

J.M. Freire
INSALUD

Introducción

La sanidad pública española tiene unas características (cobertura universal *de facto*, financiación por impuestos, prestaciones amplias, y provisión integrada y predominantemente pública) muy positivas, y que constituyen sin duda sus mejores activos. Sin embargo, en el Sistema Nacional de Salud (SNS) se dan tres circunstancias que matizan y cuestionan estos logros (objetivo estratégico de la Ley General de Sanidad), y que afectan negativamente a su equidad, y a su buen funcionamiento.

En primer lugar, la universalización no es todavía un derecho ligado a la condición de ciudadanía y residencia, e igual para todos. La universalización *de facto* es ya un gran logro, pero una vez que el SNS se financia por impuesto, la situación actual no es ni justa ni coherente, y plantea no pocos problemas. En segundo lugar, y relacionado con lo anterior, unos tres millones de ciudadanos (trabajadores y familias) tienen cobertura sanitaria de financiación pública, pero con un sistema de servicios diferenciado, de privilegio. Entre ellos destacan las mutuas públicas de funcionarios civiles, judiciales y militares (MUFACE, MUGEJU, ISFAS), que operan a través de compañías privadas de seguros sanitarios. Esta realidad responde a una justificación histórica, pero su continuidad *sine die* es contraria a la equidad del SNS, no contribuye a su eficiencia (al revés), y es fuente de todo tipo de disfuncionalidades para el sistema sanitario público.

En tercer lugar, para muchos ciudadanos los servicios del SNS no responden suficientemente a sus necesidades y/o expectativas, por lo que acuden a la medicina privada, bien pagándola directamente o subscribiendo seguros sanitarios. Se estima que unos 6 millones de españoles tienen un seguro privado de salud², y de ellos unos cuatro millones (2/3) han optado por una segunda cobertura, adicional a la pública (el resto pertenecen a las mutuas publicas citadas arriba). La existencia y magnitud de este fenómeno es uno de los mejores indicadores de las insuficiencias y de la calidad de un sistema sanitario público, como señala Aad de Ro³, al comentar la diferencia entre el mercado de

seguros privados en el Reino Unido y Suecia. En esta lógica, Canadá prohíbe los seguros sanitarios privados que tengan la misma cobertura que el público, para que la calidad de éste sea óptima⁴. Y es que, según afirmaba recientemente un directivo de una compañía, «donde funcionan bien los servicios de la sanidad pública no consigue entrar el seguro privado»⁵.

Es un hecho que en los servicios públicos la equidad (universalidad de uso por todos los grupos sociales) es una condición de calidad. Por ello, la busca de alternativas privadas al sistema público por parte de un sector importante de las clases medias refleja la existencia de problemas en el SNS. El Gobierno del PP, respondiendo a intereses particulares, en lugar de buscar soluciones a estos problemas (los problemas de equidad se solucionan con más equidad), ha optado por subvencionar fiscalmente los seguros sanitarios privados, e incentivar⁶ el desarrollo de esta industria en España.

La reforma del IRPF: subvenciones e incentivos fiscales a los seguros sanitarios privados a través de las empresas

La experiencia internacional ha demostrado que confiar al mercado la financiación de los servicios sanitarios da lugar a sistemas con menor equidad, más ineficiencia, más altos costes e insatisfacción popular⁷. Una financiación viable y equitativa de la sanidad basada en seguros privados sólo parece posible en algunos supuestos de la teoría económica, pero no en el mundo real⁸, como demuestra la experiencia de los EE.UU. Por contra, la financiación pública por impuestos, como en Canadá y en países europeos con modelo Servicio Nacional de Salud (Reino Unido, países nórdicos, y del sur de Europa), que es la que ha ido adoptando España a partir de la Ley General de Sanidad, tiene a su favor sólidos argumentos^{9,10} y la experiencia positiva de estos países.

En un sistema sanitario universal, financiado por impuestos con prestaciones que cubren ampliamente las necesidades de salud, la compra de servicios de medicina y seguros privados es una decisión individual y privada que, con criterios de equidad fiscal, eficiencia o interés público, no merece tratamiento especial alguno,

tanto si los servicios adquiridos son *sustitutorios* de los ofertados por el sistema público, como si son *complementarios*.

Pues bien, hasta la nueva Ley 40/1998, de 9 de diciembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) y otras Normas Tributarias, los servicios médicos y los seguros privados de asistencia sanitaria, que el contribuyente *individualmente* decidía adquirir, disfrutaban en el IRPF de una desgravación del 15% sobre la cuota pagada. De este modo, el Estado subvencionaba estos servicios y su seguro con el 15% de su importe. El total del gasto fiscal previsto para 1998 por este concepto se sitúa en unos 80.000 millones de pesetas, de los que 40.000 millones corresponden a los seguros privados según datos del propio sector (UNESPA). Esta subvención además de ser importante por su cuantía, traducía una situación difícilmente justificable desde el punto de vista de la equidad y racionalidad fiscal.

La nueva Ley 40/1998 suprime la deducción anteriormente vigente sobre la cuota íntegra, aduciendo que este tipo de gastos están incluidos dentro del denominado *mínimo personal*¹¹. La compensación a ésta pérdida de la subvención indirecta, en términos más que equivalentes, viene dada por dos cambios en la tributación que afecta a los beneficiarios individuales, pero también a las empresas aseguradoras. De un lado, (1) los seguros sanitarios quedan exentos del pago del impuesto del 6% que grava todas las primas de seguros de riesgo (adicional 13.ª de la Ley 40/1998). De otro lado, (2) se considera como rentas en especie exentas las primas o cuotas satisfechas a entidades aseguradoras para la cobertura de enfermedad del trabajador, en las condiciones y con los límites que reglamentariamente se establezcan —Artículo 43.2.f), Ley 40/1998—; estas primas se considerarán gasto deducible para las empresas.

El Reglamento del impuesto IRPF (Real Decreto 214/1999, de 5 de febrero), en su Artículo 45, establece textualmente: «No tendrán consideración de rendimiento del trabajo en especie, de acuerdo con lo previsto en el artículo 43.2.f) de la Ley del Impuesto, las primas o cuotas satisfechas por las empresas a entidades aseguradoras para la cobertura de enfermedad, cuando se cumplan los siguientes requisitos:

1. Que la cobertura de enfermedad alcance al propio trabajador, pudiendo además alcanzar a su cónyuge, o descendientes.

2. Que las primas o cuotas satisfechas no excedan de 60.000 pesetas anuales. Cuando el seguro comprenda también al cónyuge o descendientes, el límite será de 200.000 ptas. anuales. El exceso sobre dichas cuantías constituirá retribución en especie.

La Ley 40/98 establece pues una subvención fiscal para el trabajador como contribuyente individual, al no considerar como salario en especie las aportaciones de la empresa a los seguros sanitarios privados, con

los límites indicados. Al mismo tiempo, al igual que con otros costes, la empresa puede incorporar como gasto deducible en el Impuesto de Sociedades el total de las primas de estos seguros, reduciendo, por tanto, el beneficio en la misma cuantía. El ahorro de impuestos para la empresa de una operación de este tipo sería entre el 30-35% (tipo de gravamen del impuesto) de lo pagado a los trabajadores en especie, por lo que el seguro sanitario privado de los trabajadores le cuesta a la empresa entre un 30-35% menos de lo que nominalmente paga. Sin embargo, hay que señalar que no se ha producido una modificación en esta materia dentro del Impuesto de Sociedades, y que este «ahorro» empresarial es el mismo que si el gasto del seguro de asistencia sanitaria se utilizase para incrementar el salario monetario del trabajador.

Una carga de profundidad para el SNS

La situación que introduce la ley del IRPF en la fiscalidad de los seguros sanitarios privados da pie para algunas reflexiones y conclusiones.

(1) Ni antes ni ahora está justificada la subvención fiscal a la medicina y seguros privados en un país cuyo SNS atiende razonablemente las necesidades sanitarias de la población. Esta fórmula de financiación pública de la sanidad privada es regresiva e injusta: no parece justificable en términos de justicia fiscal, equidad, protección de bienes o intereses públicos. Reflexión válida tanto si los servicios subvencionados fiscalmente tienen un carácter *sustitutorio* de los del SNS, como *complementario*, ya que en ambos casos se subvenciona la capacidad de pago, no la necesidad.

No se conocen estimaciones oficiales del balance fiscal des esta medida en términos absolutos o en relación con la situación anterior. Sin embargo los datos disponibles apuntan a que este es ya positivo para las compañías, y sobre todo tiene excelentes perspectivas para años futuros.

(2) El aspecto más significativo de esta norma es que establece *incentivos colectivos* para los seguros sanitarios privados, ligados al trabajo y a las empresas. Estos incentivos abren una nueva línea estratégica de los *seguros colectivos de empresa*, con un gran potencial para el crecimiento del aseguramiento sanitario privado en España. Es interesante constatar que, del texto definitivo del Reglamento desaparece la exigencia, presente en borradores anteriores, de que la *prestación debe derivar de un convenio colectivo suscrito por la empresa y los trabajadores y no debe contener discriminación por razón de riesgo*. Este cambio de última hora apunta muy probablemente a una estrategia del sector que considera más conveniente para su desarrollo orientar el mercado hacia el segmento de directivos y cuadros de las empresas, que hacia el conjun-

to de todos los trabajadores de las mismas. Una orientación que favorece el alejamiento de las clases medias altas del SNS, en la medida en la que tiene facilidades de acceso a servicios alternativos privados.

(3) Lo preocupante a medio plazo de incentivar seguros privados sanitarios, *colectivos*, a través de las empresas, deriva de la experiencia de los EEUU¹², donde este tipo de decisiones han llevado a la consolidación del más injusto y despilfarrador de los sistemas sanitarios (allí, el 43,1% de la población¹³ tiene seguro sanitario vinculado al empleo, pero 15,6% no tiene seguro alguno —40 millones—). Una situación que empezó durante los años de la 2.ª Guerra Mundial, cuando en los pactos laborales se suscribieron masivamente seguros sanitarios¹⁴, al estar limitadas las subidas salariales por la situación bélica. Esta experiencia indicaría que los incentivos colectivos vía empresas a los seguros sanitarios tiene un alto potencial de crecimiento y expansión. Si el sector alcanza una determinada masa crítica, los intereses de todo tipo que puede mover tendrían un papel destacado en la orientación de la política sanitaria, que sería de indudables efectos negativos para la financiación, universalidad y calidad del SNS.

Juntando piezas: la subvención fiscal a los seguros privados y la filosofía sanitaria del Gobierno

¿Son los incentivos fiscales de la Ley 40/98 a los seguros privados una medida aislada, o forman parte de una estrategia de más largo alcance? La respuesta no puede ser un mero juicio de intenciones, y exige tener en cuenta la filosofía sanitaria del Gobierno del PP, que ha sido expuesta explícita y solemnemente en el texto¹⁵ de la Subcomisión del Congreso de los Diputados para la reforma de la sanidad, de la cual se retiraron el PSOE e IU.

Este documento, a pesar de estar redactado en términos muy *políticamente correctos* con el SNS (PP pre-

tendía entonces un consenso con el PSOE, similar al Pacto de Toledo sobre pensiones), contiene¹⁶ en su texto (y sobre todo en su contexto) indicaciones que apuntan la posibilidad de gestionar privadamente el «aseguramiento» público del SNS (modelo MUFACE), y a una eventual restricción de prestaciones dentro del sector público *financiación selectiva y paquete básico de prestaciones*). En este escenario encaja perfectamente el desarrollo de una potente industria de seguros sanitarios. El horizonte temporal de esta estrategia, por razones políticas y operativas, no puede ser inmediato y exige un período de maduración. Cabe preguntarse si el aparente abandono por parte del PP de su anterior pretensión de extender a corto plazo el modelo MUFACE, no habrá sido sustituido por una estrategia de más largo alcance, uno de cuyos pasos incluyera el desarrollo de la industria del seguro sanitario privado en España, a través de incentivos colectivos en las empresas, de modo que, eventualmente, pudiera ser una alternativa viable al SNS para los grupos sociales más pudientes. Algo que en 1996 no era realista por el escaso desarrollo de los seguros privados, y por ser electoralmente inoportuno.

Esta estrategia le seguiría permitiendo al actual Gobierno utilizar un discurso sanitario *políticamente correcto*: aseguramiento universal (no necesariamente único) y financiación pública por impuestos (suplementable privadamente), catálogo garantizado de prestaciones (pero *básico*, complementable a través de seguros privados). Quizá este escenario parezca de un maquiavelismo demasiado elaborado para ser real, pero es un hecho que coincide en sus rasgos básicos con el modelo prototipo¹⁷ de los más neoliberales. Por otro lado, la ambigüedad del texto de la Subcomisión no permite en modo alguno descartar un horizonte de este tipo, y tampoco cabe negar la existencia de poderosas presiones en esta dirección, de modo que incentivar fiscalmente los seguros privados es muy coherente con todo ello. *Caveat emptor!*

Bibliografía

1. Freire Campo JM, Infante Campos A. *Universalización y Aseguramiento*. Med Clín (Barc.) 1995;105:96-8.
2. Rasquin Illarramendi PM. *El seguro de salud. Escenario actual y perspectivas*. En: Varios Autores. *Alternativas de Reforma para la Sanidad Pública*. Círculo de Empresarios, Diciembre 1998, Boletín 63 Madrid, pág. 272.
3. De Ro, Aad A. *Contracting and solidarity: market-oriented changes in Dutch health insurance schemes*. En: Saltman RB, Von Otter C: *Implementing Planned Markets in Health Care. Balancing social an economic responsibility*. OUP Buckingham 1995, page. 47.
4. OECD. *Internal Markets in the Making: Health Systems in Canada, Iceland, and UK.*, Health Policy Studies No. 6. 1994.
5. Cita textual de D Francisco Hernández (Agrupación Mutua) en Benito Miguel. *Al seguro de salud le gusta el nuevo IRPF. Los cambios pactados por PP y CiU suponen un fuerte impulso a las pólizas colectivas de enfermedad*. El PAÍS NEGOCIOS, domingo, 12 de julio de 1998.
6. Ver artículo citado de El País Negocios.
7. Evans RG. *Going for Gold. The Distributive Agenda Behind Market-Based Health Care Reform*. Nuffield Occasional Papers. Health Economics Series, Paper No.3. Nuffield Trust, London 1998.
8. Reinhardt U. *The United States: Breakthroughs and waste*. Journal of Health Politics, Policy and Law 1992;17:637-66.
9. Cam Donaldson. *Why a National Health Service? The Economic Rationale*. Institute for Public Policy Research, IPPR, London 1998.
10. Barr N *The Economics of the Welfare State*. Third Edition. Stanford University Press, Stanford 1998.
11. CCOO Gabinete Técnico Confederal. *La reforma del IRPF, valoración de la propuesta del Gobierno*. Mayo 1998.
12. Navarro V. *La reforma del Sistema Fiscal (IRPF), el asegu-*

ramiento sanitario privado y la experiencia liberal anglosajona. Revista de Administración Sanitaria 1998;Vol 2,8:13-32.

13. Carrasquillo O, Himmelstein DU, Woolhandler S, Bor DH. A Reappraisal Of Private Employers' Role in Providing Health Insurance. NEJM 1999;340:109-14.

14. Kirkman-Liff B The United States. En Ham C (edit) *Healthcare Reform, learning from international experience*. Open University Press, 1997.

15. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Consolidación y moderni-*

zación del Sistema Nacional de Salud. (Acuerdo Parlamentario del 18 de diciembre de 1997). Secretaría General Técnica. Madrid, 1998.

16. Para un análisis del texto y toda la discusión y citas que sigue ver, Freire JM. *Comentarios a propósito del Documento de la Subcomisión parlamentaria para la reforma del SNS español*. Revista de Administración Sanitaria, 1998;2(5):23-50.

17. NERA (National Economic Research Associates). *The Economics of Health Care Reforms: A Prototype*. Vol 2, London 1993.

Seguros sanitarios colectivos y desgravación fiscal

P. Ibern

National Economic Research Associates (NERA). Barcelona. Universitat Pompeu Fabra.

Una gran mayoría de ciudadanos consideran que el impacto de la ciencia económica para influir en la política es extraordinario en la actualidad. Sin embargo, para muchos economistas la situación es exactamente la opuesta, creen que los políticos olvidan a menudo las prescripciones de la teoría económica. Los políticos, por su parte, argumentan que hay dificultades prácticas para implantar políticas que sobre la pizarra se demuestran que mejoran la eficiencia y equidad.

La existencia de seguros obligatorios para la asistencia sanitaria en Europa es un ejemplo de cómo los desarrollos de la economía y las decisiones políticas han confluído pero hay otros ámbitos donde no ha sido así. En un mercado de seguros sanitarios privados, oferta y demanda no consiguen necesariamente el equilibrio. El fenómeno de la selección adversa, propio de los mercados de seguro, propicia que los individuos más enfermos aprovechen la información a su favor y tengan mayor propensión a contratarlos.

Veamos el efecto de la selección adversa en un ejemplo sencillo. Supongamos una sociedad con tan sólo tres personas que desean seguros privados: Juan, Jaime y José. Juan tiene buena salud y espera gastar al año en asistencia sanitaria tan sólo 20.000 Ptas., mientras que José está más enfermo y espera gastar 180.000 Ptas. Jaime en cambio, espera gastar la media, unas 100.000 Ptas. Cada uno de ellos conoce mejor su nivel de salud que la aseguradora con la que pueden contratar una póliza. La aseguradora situará el precio por encima de 100.000 Ptas. para obtener beneficios y cubrir sus costes administrativos, por ejemplo en 115.000 Ptas. A este precio si los tres compran la póliza, la aseguradora obtendría beneficios. Sin embargo, es previ-

sible que Juan no compre, porque desde su perspectiva es excesivamente cara y le resulta más pagar directamente de su bolsillo. Sólo quedan dos compradores y la aseguradora perderá dinero. La aseguradora, anticipando esta situación, aumentará el precio para los dos restantes, por ejemplo situándolo en 150.000 Ptas, entonces Jaime no comprará. Quedará José como solo comprador, que al final comparando la decisión de auto-seguro con la de contratar la póliza, le resultará más rentable cubrir directamente los costes. El resultado es que el mercado se diluye antes de crearse.

A pesar de que hay mecanismos para atenuar la selección adversa, sólo la obligatoriedad de aseguramiento permite que la totalidad de la población consiga cobertura financiera de la asistencia sanitaria. Se trata de una mejora sensible a partir del poder coercitivo del Estado y que los mercados por sí solos no pueden resolver. Pero de la obligatoriedad de asegurar al conjunto de ciudadanos de un país no se deduce que la financiación de estos seguros deba ser mediante la fiscalidad general o las cotizaciones sociales.

La universalización de la cobertura sanitaria a la población con fondos públicos es una forma de seguro implícito a nivel social. Los ciudadanos no son conscientes a menudo de que el Estado asume el papel de una gran aseguradora y la propia Administración Pública presta mayor atención a la prestación de servicios a la población que a la función aseguradora que también ejerce. Ahora bien, si toda la población ya dispone de seguro obligatorio, ¿cuál es el motivo para poder desgravar fiscalmente los seguros sanitarios privados adquiridos por las empresas?